

병원 상해 보고서 Hospital Injury Report

이 보고서는 반드시 환자 또는 환자의 보호자가 작성해야만 합니다. 병원/의사가 반드시 완성된 이 보고서를 아래 주소로 부치거나 팩스번호 (360) 753-3077 로 전송해야 합니다.

환자의 이름(이름, 중간이름 첫글자 및 성)		부모의 이름(아동일 경우)	
도로 주소		시	주 우편번호
환자 ID 코드(PIC)	환자의 나이	환자의 생년월일	상해 발생 일자
이 사고를 담당할 환자의 변호사 이름			
도로 주소		시	주 우편번호
병원이름	담당의사		
진단			
자동차 사고			
사고 장소(도로 주소)		시	주 우편번호
사고당시 환자는(해당하는 곳에 체크로 표시하십시오): <input type="checkbox"/> 운전자였다 <input type="checkbox"/> 승객이었다 <input type="checkbox"/> 보행자였다			
차량 운전자의 이름		전화번호	
도로 주소		시	주 우편번호
차량 소유주(운전자와 다를 경우)		전화번호	
도로 주소		시	주 우편번호
차량 소유주 또는 운전자의 차량보험사명		전화번호	
도로 주소		시	주 우편번호
보험약관 번호	클레임 번호		
사고에 관련된 다른 차량			
차량 운전자의 이름		전화번호	
도로 주소		시	주 우편번호
차량 소유주(운전자와 다를 경우)		전화번호	
도로 주소		시	주 우편번호
차량 소유주 또는 운전자의 차량보험사명		전화번호	
도로 주소		시	주 우편번호
보험약관 번호	클레임 번호		

